



တစ်ဦးချင်းစီတာဝန်ယူမှုအစီအစဉ် (IRP)
INDIVIDUAL RESPONSIBILITY PLAN (IRP)

တစ်ဦးချင်းစီတာဝန်ယူမှုအစီအစဉ်အတွက် ပထမဦးဆုံးအလုပ်လုပ်ပါ

JAS ID
CASE NUMBER
CLIENT ID

ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည် -

- ကျွန်ုပ်အလုပ်လုပ်ရန်၊ အလုပ်ရှာရန် သို့မဟုတ် အလုပ်လုပ်ဖို့အတွက်ပြင်ဆင်ရန် လိုအပ်သည်။
- ကျွန်ုပ်သည် လိုအပ်သောလုပ်ရုံးများလုပ်ဆောင်ရမည်။ အကယ်၍ကျွန်ုပ်မလုပ်လိုပါက၊ အကြောင်းပြချက်ကောင်းကောင်းသက်သေပြနိုင်သည်မှလွဲ၍ ကျွန်ုပ်အပြစ်ပေးခံရမည်။ ၎င်းကို ပထမဆုံးအလုပ်လုပ်ရန်အတွက်ခွင့်ပြုချက်တောင်းခံခြင်းဟုခေါ်ပါသည်။ အကယ်၍ကျွန်ုပ်အားအရေးယူပိတ်ပင်ခံရပါက၊ ဆိုလိုသည်မှာ -
 - ကျွန်ုပ်၏ထောက်ပံ့ကြေး 40% သို့ ၎င်းထက်ပိုသော လူတစ်ဦး၏ရယ်ယာကို လျော့ချခံရမည်။
 - ကျွန်ုပ်သည် အရေးယူပိတ်ပင်ခြင်းမှလွတ်မြောက်ရန် IRP အား လေးပတ်ကြာလိုက်နာရမည်။
 - လေးပတ်ကြာစောင့်ဆိုင်းနေစဉ်အတွင်း လိုအပ်ချက်အတိုင်း ကျွန်ုပ်လိုက်နာပါက၊ လေးပတ်ကြာပြီးနောက်ပါဝင်ခဲ့သည့်ပထမဦးဆုံးလမှစ၍ အရေးယူပိတ်ပင်ခြင်းကို စတင်ရုပ်သိမ်းပါလိမ့်မည်။
 - အကယ်၍ကျွန်ုပ်၏ အရေးယူပိတ်ပင်ခြင်းသည် လေးလအထိခံနေပါက၊ ကျွန်ုပ်၏အမှုသည်ပိတ်သွားနိုင်သည်။
 - အကယ်၍ကျွန်ုပ်၏အမှုသည်ပိတ်သွားပါက၊ ကျွန်ုပ်သည် လေးပတ်ကြာပြီးနောက်ပါဝင်သည့်ပထမဦးဆုံးလမှစ၍ ငွေရရှိရန်အတွက် ပြန်လည်လျှောက်ထားရန်လိုအပ်လိမ့်မည်။
 - ကျွန်ုပ်၏ အမှုသည် သုံး(3)ကြိမ် သို့မဟုတ် ထို့ထက်ပိုပြီး အပိတ်ခံရပါက၊ ကျွန်ုပ်သည် TANF/SFA ကို လက်ခံရယူဖို့အတွက် ထာဝစဉ် အရည်အချင်းမပြည့်မီခြင်း ဖြစ်ကောင်းဖြစ်နိုင်ပါသည်။
 - WorkFirst ခွင့်ပြုမိန့်အရ 2007ခုနှစ် မတ်လ 1 ရက်မှစပြီး ကျွန်ုပ်၏အမှုမှာ _____ ကြိမ် ပိတ်ပြီးဖြစ်သည်။
- ကျွန်ုပ်သည် TANF/SFA ၏အကျိုးခံစားခွင့်များရယူနေစဉ်အတွင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရန်မလိုဟု ခိုင်လုံသောအကြောင်းပြချက်မရှိသည်မှလွဲ၍ ကျွန်ုပ်သည်ကလေးများထောက်ပံ့ရေး ဌာနခွဲနှင့်ပူးပေါင်းလုပ်ဆောင်သွားရမည်။ ကလေးအတွက်လုံလောက်သောထောက်ပံ့မှုတောင်းခံခြင်းသည် ငွေကြေးလိုအပ်နေမှုကို ကူညီဖြေရှင်းပေးပါသည်။
- ကျွန်ုပ်သည် သက်တမ်းတိုးမြှင့်ရန်အရည်အချင်းမပြည့်မီသည်မှလွဲ၍၊ TANF/SFA ၏အကျိုးခံစားခွင့်ငွေများကို လပေါင်း 60 စာမျှသာခံစားခွင့်ရှိသည်။
- ကျွန်ုပ်သည် _____ လများအတွက်အကျိုးခံစားခွင့်များကို အသုံးပြုပြီးဖြစ်သည်။
- ကျွန်ုပ်အလုပ်လုပ်ရန်လိုသည်။ ကျွန်ုပ်အလုပ်ရှာနေသည် သို့မဟုတ် အလုပ်လုပ်ရန်အတွက်ပြင်ဆင်နေသည်။ အကယ်၍ကျွန်ုပ်စာရင်းဇယားအတိုင်း လိုအပ်သောလုပ်ရုံးများမလုပ်ဆောင်နိုင်ပါက၊ အောက်တွင်နံပါတ်ဖြင့်ဖော်ပြထားသောသူများကို ကျွန်ုပ်ခေါ်ဆိုပါမည်။
- ကျွန်ုပ်သည် အောက်ဖော်ပြထားသော အထူးလုပ်ရုံးများကို အပတ်စဉ်တိုင်းပြီးရန် လုပ်ဆောင်ရမည်။

JAS ID	CASE NUMBER	CLIENT ID
--------	-------------	-----------

လုပ်ငန်း အတွေ့အကြုံ (WE – Work Experience)

_____တွင်၊ CTED အထောက်အပံ့ပေး လုပ်ငန်း အစီအစဉ်များတွင် ကျွန်ုပ်၏ ပါဝင်လုပ်ဆောင်မှုအကြောင်းကို ဆွေးနွေးရန်အတွက် အောက်ဖော်ပြပါ ထောက်ပံ့သူထံတွင် အစီအစဉ်အကြံပေးပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးနှင့် တွေ့ဆုံရန် ကျွန်ုပ်သဘောတူပါသည်။ ဤအစီအစဉ်တွင် ကျွန်ုပ်၏ လုပ်ငန်းအစီအစဉ်တွင် ရေးသားထားသည့်အတိုင်း ကျွန်ုပ်၏ အစီအစဉ်အကြံပေးပုဂ္ဂိုလ်က ချမှတ်သော အချိန်နာရီများအတွက် ပါဝင်လုပ်ဆောင်ပါမည်။

ထောက်ပံ့သူ- _____

လိပ်စာ- _____

ဆက်သွယ်ရမည့်သူအမည်- _____

ဆက်သွယ်ရန် ဖုန်းနံပါတ်- _____

ကျွန်ုပ်၏ အစီအစဉ် အကြံပေးပုဂ္ဂိုလ်နှင့် တွေ့ဆုံရာတွင် တရားဝင်သော အလုပ်သက်သေခံကတ်ပြားကို ကျွန်ုပ် ယူဆောင်လာပါမည်။ တွေ့ဆုံပွဲတွင် ကျွန်ုပ်၏ လုပ်ငန်းအစီအစဉ်ကို ရေးဆွဲပြီး လက်မှတ်ထိုးရမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ လုပ်ငန်းအစီအစဉ် လိုအပ်ချက်များကို ခြောက်လကြာအထိ လိုက်နာပါမည်။

ကျွန်ုပ်၏ လုပ်ငန်းအစီအစဉ်အတိုင်း ဆောင်ရွက်နေစဉ်အတွင်း ကျွန်ုပ်၏ စီစဉ်ထားသော ချိန်းဆိုမှုများသို့ မလာရောက်နိုင်ပါက ထိုနေ့ သို့မဟုတ် ထိုနေ့မတိုင်မီ အထက်တွင် ဖော်ပြထားသော ဖုန်းနံပါတ်သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပြီး မလာရောက်နိုင်သည့် အကြောင်းရင်းကို ရှင်းလင်းပြောဆိုပါမည်။

မလာရောက်နိုင်သောနေ့ သို့မဟုတ် ထိုနေ့မတိုင်မီတွင် ဖုန်းခေါ်ဆိုခြင်း မပြုလုပ်ပါက ယင်းကို ခွင့်ပန်ခြင်းမပြုသော ပျက်ကွက်မှုအဖြစ် သတ်မှတ်ခံရမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ ခွင့်ပန်ခြင်းမပြုသော ပျက်ကွက်မှု နှစ်ခါဖြစ်ပါက အပြစ်ပေးခံရနိုင်ပါသည်။

ကလေးပြုစောင့်ရှောက်ရေးနှင့် သယ်ယူပို့ဆောင်ရေးကို စီစဉ်ပြီးဖြစ်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏ အမှုမန်နေဂျာနှင့် ကျွန်ုပ်သည် ဤ IRP ကို _____ ထက်နောက်မကျစေဘဲ ထပ်မံ၍ ပြန်လည်သုံးသပ်ပါမည်။

သို့မဟုတ်

_____ မှ _____ အထိ၊ အောက်ဖော်ပြပါ အလုပ်ခွင်တွင် တစ်ပတ်လျှင် _____ နာရီ ကျွန်ုပ်၏ လုပ်ငန်းအတွေ့အကြုံ၊ အလုပ်သင် သို့မဟုတ် လက်တွေ့ကွင်းဆင်းခြင်းကို ဆက်လက်လုပ်ဆောင်ရန် ကျွန်ုပ် သဘောတူပါသည်။

ထောက်ပံ့သူ- _____

လိပ်စာ- _____

ဆက်သွယ်ရမည့်သူအမည်- _____

ဆက်သွယ်ရန် ဖုန်းနံပါတ်- _____

စီစဉ်ထားသော အလုပ်လုပ်ရက်တွင် ကျွန်ုပ် မလာရောက်နိုင်ပါက ထိုနေ့ သို့မဟုတ် ထိုနေ့မတိုင်မီ ဆက်သွယ်ရမည့်သူထံ အထက်တွင် ဖော်ပြထားသော ဖုန်းနံပါတ်သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပြီး မလာရောက်နိုင်သည့် အကြောင်းရင်းကို ရှင်းလင်းပြောဆိုပါမည်။

မလာရောက်နိုင်သောနေ့တွင် ဖုန်းခေါ်ဆိုခြင်း မပြုလုပ်ပါက ယင်းကို ခွင့်ပန်ခြင်းမပြုသော ပျက်ကွက်မှုအဖြစ် သတ်မှတ်ခံရမည်ဖြစ်ပြီး အပြစ်ပေးခံရနိုင်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်တွင် လုံလောက်သော ကလေးပြုစောင့်ရှောက်ရေးနှင့် သယ်ယူပို့ဆောင်ရေးကို စီစဉ်ပြီးဖြစ်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏ အမှုမန်နေဂျာနှင့် ကျွန်ုပ်သည် ဤ IRP ကို _____ မတိုင်မီ ထပ်မံ၍ ပြန်လည်သုံးသပ်ပါမည်။

CASE MANAGER'S SIGNATURE	DATE	ကျွန်ုပ်၏လက်မှတ်	နေ့စွဲ
--------------------------	------	------------------	--------

JAS ID	CASE NUMBER	CLIENT ID
--------	-------------	-----------

အကယ်၍ ကျွန်ုပ်အစီအစဉ်အတိုင်း မလိုက်နာနိုင်ကြောင်းကို ခိုင်လုံသောအကြောင်းပြချက်ရှိသည်မှလွဲ၍ ကျွန်ုပ်သည် ပထမဆုံးတစ်ဦးချင်းစီတာဝန်ယူမှုအစီအစဉ် အထူးပြုလုပ်ဆောင်သူ/ လူမှုလုပ်သားနှင့် အတတ်နိုင်ဆုံးအမြန် ဆက်သွယ်ပြီးအလုပ်လုပ်ရမည်။ ကောင်းမွန်ခိုင်လုံသောအကြောင်းပြချက်တွင် အောက်ပါအချက်အချို့ ဥပမာပါဝင်ပါသည် -

- ဖျားနာမှု သို့မဟုတ် မမျှော်လင့်သော ကလေးပြုစောင့်ရှောက်မှု သို့ သယ်ယူပို့ဆောင်ရေးကြောင့် ကျွန်ုပ်သည် ချိန်းဆိုခြင်းကိုလာရောက်ရန် ပျက်ကွက်ခဲ့လျှင် ;
- (ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ၊ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ သို့ စံစားမှုပိုင်းဆိုင်ရာ) အရေးပေါ်အခြေအနေတစ်ရပ်ဖြစ်ပေါ်ခဲ့လျှင် ;
- ကျွန်ုပ်မိသားစုတွင် အကြမ်းဖက်မှုကြောင့်ဒုက္ခရောက်နေလျှင် ;
- အသက် 13 နှစ်အောက်ကလေးအတွက် ကျွန်ုပ်၏နေရာတွင် သင့်တင့်သောကလေးစောင့်ရှောက်မှု ရှာဖွေမတွေ့ရှိခဲ့လျှင် ;
- တရားဥပဒေဆိုင်ရာ ပြဿနာတစ်ခုခုအရေးပေါ်ကြုံလာခဲ့လျှင် ;
- ကျွန်ုပ်သည် မသန်စွမ်းမှု သို့ ခိုင်လုံသောအခြေအနေကြောင့် အစီအစဉ်လိုအပ်ချက်များကိုပြည့်စုံရန် မလုပ်ဆောင်နိုင်မှုရှိခဲ့လျှင် ; သို့
- ကျွန်ုပ်သည် အရွယ်ရောက်ပြီး ပြင်းထန်သော နာတာရှည်ရောဂါကြောင့် မသန်စွမ်းသူဖြစ်နေလျှင် ;
- ကျွန်ုပ်သည်အိမ်တွင် ကလေးအားအထူးပြုစောင့်ရှောက်ရန် သို့ အခြားအရွယ်ရောက်ပြီးမသန်စွမ်းသူအား ပြုစောင့်ရှောက်ရန်လိုအပ်နေလျှင် ;
- ကျွန်ုပ်သည် အသက် 55 နှစ်ရှိပြီး၊ ကလေး၏မိဘမဟုတ်သော်လည်း ကလေးအားပြုစောင့်ရှောက်နေရလျှင် ; သို့
- ကျွန်ုပ်သည် DSHS ကူညီဆောင်ရွက်ပေးသူနှင့် SSI အတွက်လျှောက်ထားနေသူဖြစ်နေလျှင် တိုးဖြစ်သည်။

ကျွန်ုပ်သည် ၎င်းအစီအစဉ်ကိုသဘောမတူပါက၊ ကျွန်ုပ်၏အကြောင်းအရာအား စီစစ်ရန်နှင့်/ သို့ ကြားနာရန်တောင်းဆိုနိုင်သောအခွင့်အရေး ကျွန်ုပ်မှာရှိသည်။ ကြားနာရန်အတွက် တောင်းဆိုလိုပါက၊ ကျွန်ုပ်သည် လူထုလုပ်ငန်းလုပ်ဆောင်ရေးရုံးခန်း သို့ **Office of Administrative Hearings, DSHS, PO Box 42488, Olympia WA 98504-2488** သို့ အောက်ဖော်ပြပါကျွန်ုပ်၏အကြောင်းအရာမန်နေဂျာ၏လက်မှတ်ထိုးပြီးသည်မှရက် 90 အတွင်းဆက်သွယ်ရမည်။ ကျွန်ုပ်သည် တစ်ဦးချင်းစီတာဝန်ယူမှုအစီအစဉ် (IRP) ထံသို့လည်း မိတ္တူတစ်စောင်ပေးပို့ထားပြီးဖြစ်သည်။

CASE MANAGER'S SIGNATURE	DATE	ကျွန်ုပ်၏လက်မှတ်	နေ့စွဲ
--------------------------	------	------------------	--------

လျှို့ဝှက်လိုအပ်ချက်များ

အဆင့်မြင့်အလုပ်အတွက်၊ လက်ရှိအလုပ်ထိန်းသိမ်းရန်အတွက်၊ အလုပ်သစ်လက်ခံရန်အတွက်၊ အလုပ်ရှာရန်အတွက် သို့ ကျွန်ုပ်၏အစီအစဉ်ကိုလိုက်နာရန်အတွက်လိုအပ်ပါက၊ ကျွန်ုပ်သည် ထောက်ပံ့ရေးလုပ်ငန်းမှ အကူအညီရနိုင်ပါသည်။ အကယ်၍ကျွန်ုပ်သည် ထောက်ပံ့ရေးလုပ်ငန်း၏ဆုံးဖြတ်ချက်ကိုသဘောမတူပါက၊ ကျွန်ုပ်၏အကြောင်းအရာအား စီစစ်ရန်နှင့်/သို့ကြားနာရန် တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ အကယ်၍ကျွန်ုပ်သည် အောက်ဖော်ပြပါကိစ္စတို့အတွက်ထောက်ပံ့ရေးလုပ်ငန်း၏ အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ ပထမဦးဆုံးတစ်ဦးချင်းစီတာဝန်ယူမှုအစီအစဉ် အထူးပြုလုပ်ဆောင်သူ/ လူမှုလုပ်သားထံမှ အကူအညီတောင်းပါမည် -

- ကားပြင်ရန်အတွက်
- ကလေးခါးတောင်းကျိုက်ပိတ်စအတွက်
- လိုင်စင်ကြေး/လစဉ်ကြေးများအတွက်
- ခရီးမိုင်တိုင်အကွာအဝေးအတွက်
- အဝတ်အစားဝယ်ရန်အတွက်
- ပညာရေးအသုံးစရိတ်အတွက်
- ဆံပင်ဖြတ်ရန်အတွက်
- အလုပ်လုပ်သည့်ကိရိယာများအတွက်
- အကြံဉာဏ်တောင်းခံရန်အတွက်
- တစ်ကိုယ်ရေသန့်ရှင်းရေးအတွက်
- ဘတ်စ်ကားခကတ်ပြားအတွက်
- မိသားစုအစီအစဉ်အတွက်

ကျွန်ုပ်သည်အရေးယူပိတ်ပင်ခံနေရစဉ်၊ ထောက်ပံ့ရေးလုပ်ငန်း (အလုပ်အတွက်ဝယ်ရန်အဝတ်အစား သို့ သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး အစရှိသည်) တို့ကို ကျွန်ုပ်၏ IRP လိုက်နာရန်အစမပြုမခြင်း အကူအညီမရနိုင်ပါ။

အကယ်၍ကျွန်ုပ်သည် ကလေးများထောက်ပံ့ရေးဌာနခွဲ (DCS) နှင့် ခိုင်လုံသောအကြောင်းပြချက်မရှိပဲပူးပေါင်းလုပ်ဆောင်ရန်ငြင်းဆိုပါက၊ ထောက်ပံ့ကြေးလျော့ချခံရမည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ခိုင်လုံသောအကြောင်းပြချက်များဆိုသည်မှာ ကျွန်ုပ်နှင့်ကျွန်ုပ်၏ကလေးအား အန္တရာယ်ဖြစ်စေရန်ခြိမ်းခြောက်မှုလည်းပါဝင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် TANF ၏ ထောက်ပံ့မှုများရယူနေစဉ်၊ အခြားသောကလေးထောက်ပံ့ကြေးကောက်ခံရရှိမှုများကို ပြည်နယ်သို့ ပြန်လည်ပေးအပ်ရမည်ဆိုတာကို နားလည်ပါသည်။

အကယ်၍ကျွန်ုပ်သည် TANF/SFA ၏အကျိုးခံစားခွင့်များရယူမှုရပ်တန့်သွားပါက၊ DCS ထံမှကလေးထောက်ပံ့ကြေးကို ကျွန်ုပ်မှသူတို့အားရပ်ဆိုင်းရန်မပြောမခြင်းအထိ ထောက်ပံ့မှုပေးရန်တောင်းခံနိုင်ပါသည်။ ထောက်ပံ့ရေးလုပ်ငန်းများ၊ အရေးယူပိတ်ပင်မှုများနှင့် ကလေးထောက်ပံ့ရေး တို့ကိုကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

CASE MANAGER'S SIGNATURE	DATE	ကျွန်ုပ်၏လက်မှတ်	နေ့စွဲ
--------------------------	------	------------------	--------